

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT ET DES RÉSULTATS
POST-OPÉRATOIRES ET MÉDICAMENTEUX
DE
L'ÉPITHÉLIOMA DU SEIN CHEZ L'HOMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1913

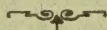
PAR

Jules GUITER

Né à Perpignan, le 8 Août 1881

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TÉDENAT, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		SARDA, Professeur.		
		SOUBEYRAN, Agrégé.		
		EUZIERE, Agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre, 3 et Quai du Verdanson

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT ET DES RÉSULTATS
POST-OPÉRATOIRES ET MÉDICAMENTEUX
DE
L'ÉPITHÉLIOMA DU SEIN CHEZ L'HOMME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ACADÉMIE DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N°103

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT ET DES RÉSULTATS
POST-OPÉRATOIRES ET MÉDICAMENTEUX

DE
L'ÉPITHÉLIOMA DU SEIN CHEZ L'HOMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

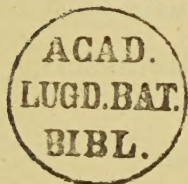
Le 25 Juillet 1913

PAR

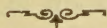
Jules GUITER

Né à Perpignan, le 8 Août 1881

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



Examineurs de la Thèse	{	TÉDENAT, Professeur, <i>Président.</i>	} <i>Assesseurs.</i>
		SARDA, Professeur.	
		SOUBEYRAN, Agrégé.	
		EUZIÈRE, Agrégé.	



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre, 3 et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSÉSSEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales . . .	MM. GRASSET (O. *).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. *).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DU CAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT, HAMELIN (*).

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIERE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des t.

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, professeur, prés.		MM. SOUBEYRAN, agrégé.
SARDA, prof.		EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

*Dont le cher souvenir restera toujours
profondément gravé en mon cœur.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

*Dont la vie toute de labeur, de pro-
bité et de droiture me servira d'exemple
dans le futur exercice de ma carrière.*

A MA MÈRE CHÉRIE

*Que ma mère y voie un gage de mon
inaltérable tendresse. J'ai conscience que
c'est peu pour prouver mon amour et
mon infinie reconnaissance.*

A MON FRÈRE EDOUARD

DIPLOMÉ DE L'ÉCOLE DE NOTARIAT DE PARIS

A MES SOEURS MARIE ET LAURE

A MON BEAU-FRÈRE

LE PROFESSEUR O. MENGEL

DIRECTEUR DE L'OBSERVATOIRE MÉTÉOROLOGIQUE ET SISMOLOGIQUE
DE PERPIGNAN

MEIS ET AMICIS

J. GUITER.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
SARDA, SOUBEYRAN, EUZIÈRE, ASSESSEURS

J. GUITER.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme ultime de notre scolarité, nous ne pouvons nous empêcher de jeter un regard en arrière depuis le jour déjà lointain où nous sortions du collège, tout enthousiaste et quelque peu frondeur, jusqu'à celui où nous allons quitter notre chère Faculté, l'esprit calme et amène pour aborder la vie et ses misères.

De nos longues années d'étudiant, nous ne voulons aujourd'hui oublier les peines que pour nous rappeler les joies : à tous ceux qui ont pu volontairement ou non nous causer préjudice, nous le leur pardonnerons volontiers.

Par ailleurs, les principes rigides de morale individuelle et de morale civique, qui nous ont été en quelque sorte infusés de bonne heure, le culte scrupuleux du devoir par lequel nos éducateurs ont façonné jalousement notre caractère, l'esprit de justice, de solidarité, l'esprit de sacrifice même qui doivent inspirer les actes de tout homme de bien, et dont il est facile de comprendre la beauté en soi et la grandeur dans l'exercice de la médecine, tout cela nous permettra espérons-le, de subir les mille surprises de la vie, sans animosité ni colère, et de nous abandonner sans réserves à la joie toute pure de la conscience satisfaite.

C'est pour cette raison que notre reconnaissance toute spontanée va d'abord à notre mère si affectueuse et si bonne, à nos frères et sœurs qui mirent toujours en nous leur confiance et leur orgueil et dont le dévouement sans bornes, nous a permis de devenir ce que nous sommes : eux seuls en cette circonstance peuvent comprendre toute l'émotion qui nous étreint, et toute la tendresse que nous mettons en ces quelques lignes, afin de leur exprimer toute notre reconnaissance et notre sincérité.

Il nous reste encore un bien doux devoir à remplir, celui de remercier chaudement tous nos maîtres : ceux de Lyon (en particulier MM. les Professeurs, Depéret, doyen de la Faculté des Sciences, Testut, Doyon, Courmont (J.), Roque et le bien regretté Cavaillon qui s'intéressèrent les premiers à notre éducation médicale ; ensuite ceux de Montpellier (en particulier MM. les Professeurs Tédénat, Carrieu, Grasset, Galavielle, Granel, Vallois et Delmas) qui nous donnèrent tout le meilleur d'eux-mêmes sans compter pour fortifier notre instruction.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier M. le Professeur Tédénat de la bonne grâce avec laquelle il nous a dispensé des documents très intéressants, et les conseils les plus éclairés pour faciliter notre tâche ; et M. le Professeur agrégé Soubeyran qui a bien voulu nous fournir le sujet de notre travail, et nous donner de très utiles indications.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT ET DES RÉSULTATS
POST-OPÉRATOIRES ET MÉDICAMENTEUX
DE
L'ÉPITHÉLIOMA DU SEIN CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION

L'étude du cancer du sein chez l'homme marquée surtout par la rareté de cette localisation d'une néoplasie maligne dans le sexe masculin, n'a fait l'objet de travaux sérieux que le jour où des notions anatomiques ont pu montrer quelque division dans le vaste groupe des tumeurs du sein ou de la mamelle.

Encore est-il que jusqu'aux travaux du siècle dernier les ouvrages qui en font mention, n'y consacrent que quelques mots pour en constater la rareté.

Le médecin français Ledran au XVIII^e siècle parle le premier en 1778 de ce cancer du sein chez l'homme « d'une extraordinaire rareté ! »

Morgagni (tome VIII, lettre 50) donne après le cas cité

par Dussausoy, deux observations de cancer du sein, chez l'homme : il s'agit dans l'une d'un homme savant et noble qui fut atteint d'un cancer du sein pendant sa trente-troisième année, l'autre est relative à un orfèvre qui mourut d'un cancer du sein droit.

Sédillot conclut de deux cas personnels à l'origine traumatique de ces cancers du sein chez l'homme. Et Velpeau, dans son *traité des tumeurs du sein* en assimile l'étude à celle du cancer du sein chez la femme.

Richeran, Duval, Nélaton (1838) s'occupent de faits de ce genre et montrent la fréquence des récidives. Trois interventions successives furent nécessaires dans un cas de Duval.

Lebert en rapporte deux cas fort documentés. Cruveilhier en publie plusieurs observations.

Mais c'est surtout à cette époque à l'étranger que la question du cancer du sein chez l'homme paraît avoir défrayé la chronique. En 1789 nous relevons les deux observations de Hoffman et Hugo Stumpf, publiées en Allemagne. Birkett, en Angleterre, dans son *traité du cancer du sein*, s'élève contre la prétendue rareté du cancer du sein chez l'homme, et dans un compte-rendu paru dans *the Lancet*, il trouve à l'hôpital du cancer une proportion remarquable de cancers du sein chez l'homme. Billoth, en Autriche ; Corradi, en Italie, en signalent eux aussi quelques cas.

Mais en somme pendant tout ce temps « les tumeurs du sein chez l'homme n'ont pas été l'objet d'un travail d'ensemble, elles n'ont jamais été considérées que comme des faits curieux », et nous devons arriver à Horteloup en 1872 pour trouver un travail complet sur la question, une magistrale mise au point qui fut le sujet de sa thèse d'agrégation. A cette étude, après bien des années, on

n'a rien ajouté que les faits nouveaux que les hasards de la clinique ont permis de constater. L'œuvre du maître est restée œuvre maîtresse.

80 observations sont relatées dans son travail dont 16 sont relatives à des cancers du sein, l'examen histologique qui en complète certaines a été fait par Lebert, Cornil, Robin, Malassez. C'est assez dire la haute valeur d'une telle œuvre.

Mais Landry (1883), Chenet ajoutent à cette étude leurs observations personnelles.

Poirier en 1883 réunit cent cas de cancer du sein chez l'homme qu'il étudie surtout dans sa thèse au point de vue anatomo-pathologique.

Le professeur Imbert de Marseille, alors agrégé à la faculté de Montpellier a donné dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* une étude fort judicieuse de la néoplasie du sein chez l'homme (nov. 1891). Déjà Courtade dans l'Union médicale de 1885 (31 décembre) avait apporté avec quelques faits nouveaux une étude succincte de la question. Depuis thèses et monographies ont été publiées apportant chacune un fait nouveau, une hypothèse nouvelle, une documentation toujours parfaite et précise. Delacour en 1894, Laforgue en 1897, Pigot en 1898 rapportent des observations personnelles. Beurnier en 1903 porte à la *Société de chirurgie* une observation fort intéressante ; à la *Société anatomique*. Lavenens et Baillol en présentent une autre la même année.

L'orientation actuelle de la question paraît résider dans l'opportunité de l'intervention opératoire et les résultats qui en peuvent découler.

Les faits plus spécialement rapportés dans ces dernières années ont montré la fréquence des récidives et même des récidives locales malgré une grande ablation de tous

les tissus jusqu'au plan costal. Ces faits ont montré aussi l'innocuité du traitement purement médical par la marche rapide du malade vers la cachexie, la généralisation et la mort à brève échéance en l'absence de toute intervention sanglante.

Cependant quelques faits ont pu après une ou deux interventions se terminer par la guérison. Ce sont des faits qu'il est intéressant de relever justement pour tâcher d'établir quelles sont ou peuvent être les meilleures chances de succès pour l'opération.

Le cas d'un malade qu'il nous a été donné d'observer il y a quelques années, employé du chemin de fer du Midi, mais que faute de documents plus précis nous ne pouvons relater dans notre travail, nous a incité à faire une brève étude de cette question fort intéressante à notre avis.

Basé sur l'observation et l'étude des faits nous avons tâché de faire une revue succincte de la thérapeutique et de la conduite à tenir en présence du cancer du sein chez l'homme.

Ayant rapidement passé en revue les divers éléments du diagnostic, éléments étiologiques, éléments anatomiques, éléments symptomatiques nous avons abordé la grande question du traitement et de l'intervention. Nous avons ensuite comme corollaire abordé l'étude des résultats opératoires et médicamenteux.

Certes nous n'avons pas l'espoir d'avoir épuisé pleinement le sujet. Nous n'avons eu en vue que d'apporter à la question une faible contribution. Puisse-t-elle être utile et féconde pour l'avenir.

CHAPITRE PREMIER

ÉLÉMENTS ÉTIOLOGIQUES

Dans l'étude que nous allons faire, nous n'avons en vue que la cancer épithélial : c'est le seul qui ait été observé dans les quelques cas que nous rapportons, aussi voulons nous nous y limiter.

On admet en pathologie générale que les tissus à structure imparfaitement développée n'ont que peu de tendance à être envahis par le processus cancéreux.

Le meilleur exemple qu'on puisse en donner, est la fréquence du cancer du sein chez la femme, sa rareté chez l'homme. Chez la première, la nature a imposé à la glande mammaire la lourde tâche d'assurer l'existence du nouveau-né ; aussi, normalement hypertrophiée, nous la voyons au moment de la gestation, se solidariser avec le reste de l'appareil génital et subir un accroissement en rapport avec le surmenage physiologique qui va lui être imposé. Organe physiologiquement actif par excellence, la mamelle est le plus souvent frappée par le processus néoplasique.

Chez l'homme, bien au contraire, organe rudimentaire,

sans rôle physiologique appréciable, le sein est beaucoup moins souvent le siège de tumeurs malignes. En effet, tandis qu'au point de vue de la fréquence, le cancer du sein occupe chez la femme le premier rang, chez l'homme il ne vient qu'en deuxième lieu.

Williams trouve une proportion de 25 hommes pour 2397 femmes et Schulthess (Statistische Untersuchungen über die Oëtiologie des Mammacarcinoms-Beitrage z. Klin. chir. IV p. 445), compte 98,6 0/0 de cancers du sein chez la femme et 2,5 0/0 chez l'homme, ce qui donne la même proportion.

Se basant sur ces considérations, certains auteurs ont voulu établir, que si l'homme et la femme payaient un tribut bien différent au cancer du sein, ils le devaient au développement physiologique inégal d'un même organe. Dès lors le cancer du sein pourra se développer chez un homme ayant des seins normalement développés ou dont ceux-ci ont subi des modifications physiologiques capables de les rendre comparables à ceux de la femme.

La *gynécomastie* ou hypertrophie des seins chez l'homme ne s'observe guère avant la puberté et n'excède jamais celle des seins d'une jeune fille ; la taille des individus, leur genre de vie, n'ont qu'une influence peu marquée sur cette hypertrophie. Le lymphatisme et l'obésité paraissent bien plutôt favoriser le terrain que causer cette hypertrophie elle-même. Souvent par la pression, on obtient l'écoulement d'un liquide lactescent, mais qui ne peut être en rien assimilé à la sécrétion normale de la mamelle chez la femme.

Chez plusieurs hommes porteurs de tumeurs du sein, cet organe a été trouvé plus développé qu'à l'état normal et Schuchardt, Berns, Imbert ont noté cette hypertrophie dans les cas qu'ils ont publiés.

Il semble donc que la gynécomastie soit un facteur étiologique fréquent.

Il convient cependant de distinguer chez les gynécomastes ce qui de l'hypertrophie de leurs seins tient à l'augmentation de volume de la glande et ce qui tient à l'exagération du dépôt adipofibreux qui accompagne la mamelle.

Or, chez les gynécomastes la graisse sous-mammaire est toujours très abondante (Cloquet).

On a fait aussi observer que les gynécomastes présentaient une sensibilité exagérée de leurs seins au moindre traumatisme ou simple frottement,

Sensibilité exquise, innervation spéciale, les seins de ces sujets sont toujours comprimés dans des vêtements trop serrés qui exercent sur eux une pression continue, une gêne constante.

Ces traumatismes de tous les instants expliquent cette douleur si facilement provoquée, ainsi que la coïncidence souvent notée de la gynécomastie et du cancer. Mais, « celle-ci ne constitue pas une cause spécialisée, elle n'est qu'indirectement prédisposante au cancer du sein, à cause des traumatismes auxquels elle l'expose. » Au point de vue étiologique c'est « *une modalité du traumatisme.* »

La *succion* a été invoquée par certains pour expliquer l'irritation initiale de la glande pouvant déterminer l'apparition d'un cancer. Testut rapporte le fait d'un marin qui, sa femme étant morte alors qu'elle allaitait son enfant à bord, fut assez heureux en mettant son enfant à son propre sein pour lui donner du lait, en tout semblable à celui d'une femme. On admet cependant que le liquide lactescent sécrété en pareil cas ne possède aucune des qualités du lait de la femme.

Il n'en reste pas moins que le traumatisme répété par

la succion et l'irritation locale d'autant plus grande qu'elle porte sur des éléments habituellement non soumis à pareille fonction, amènent une perturbation histologique et peuvent être l'apparition d'un cancer.

« Enfin, certains malades porteurs de cancers du sein, comme celui de Terrier, celui de Lafforgue étaient sujets à des flux hémorroïdaires apparaissant à intervalles réguliers, on a voulu voir dans ces hémorragies revenant périodiquement, une sorte de flux comparable au flux menstruel de la femme et par cette parenté expliquer l'apparition de certains cancers chez l'homme. »

Nous préférons voir dans ces phénomènes congestifs des manifestations de la diathèse arthritique et comme le dit notre maître, M. le professeur Tédénat, les migraines, les bouffées de chaleur, les hémorroïdes, la calvitie précoce, venant chez des gens aux artères petites, obèses souvent, et ayant les pieds froids, sont avec le cancer l'apanage des arthritiques.

Et ainsi se pose là encore pour le cancer du sein chez l'homme le problème de l'hérédité néoplasique qui n'y peut davantage être démontrée. Poirier dans 60 observations l'aurait notée trois fois, mais le plus souvent c'est là un facteur étiologique difficile à préciser. Cette hérédité peut ne pas être directe et être intermittente sautant une ou deux générations pour réapparaître brusquement chez les descendants d'une famille, qui ne se croyait pas atteinte de pareille tare morbide.

L'irritation locale et le traumatisme venant s'ajouter à cette prédisposition héréditaire et diathésique, nous semblent des raisons suffisantes pour favoriser le développement du cancer, mais nous ne saurions dire si ce sont là des facteurs nécessaires

Il n'en est pas moins vrai qu'on les retrouve à l'origine de la plupart des cas. Le traumatisme est souvent noté chez l'homme, mais tandis que les femmes se plaignent le plus souvent d'avoir reçu un coup violent sur la mamelle, les hommes accusent au contraire des traumatismes légers mais répétés : l'habitude de se frapper le sein, d'appuyer un outil, une gaffe chez les mariniens, le tampon d'un wagon de chemin de fer (le malade que nous avons observé, homme d'équipe au Midi, avait l'habitude, en faisant la manœuvre des wagons, de plaquer sa poitrine au tampon pour aider le véhicule à se mouvoir sur les rails). On a aussi invoqué le frottement habituel d'une bretelle. Mais certains malades invoquent aussi des coups violents, tel le cas de Chenet, où son malade disait avoir reçu un coup de timon et un coup de corne de bœuf sur le sein qui devait devenir cancéreux.

On est donc bien obligé, en raison de sa fréquence étiologique, de reconnaître au traumatisme une valeur importante. Quant à l'âge moyen auquel apparaît le cancer du sein, pour Fiedler et Straüssmann, dans le sexe masculin, de la nombreuse statistique qu'ils ont compulsée, ce serait vers 51, 52 ans que ce néoplasme serait le plus fréquemment observé chez l'homme.

Pour Williams, au contraire, ce serait un peu plutôt vers 49, 50 ans chez l'homme et 46, 48 seulement chez la femme.

Il nous paraît plus logique de dire que chez l'homme le cancer du sein, affection relativement rare, se présente entre 40 et 70 ans, mais que cette fréquence paraît augmenter avec l'âge. Il est en effet peu d'hommes qui dépassent 80 ans et Straüssmann en trouve une moyenne de deux cas au-delà de cet âge.

Quant à savoir lequel des deux seins est particulièrement exposé ou le plus fréquemment atteint, des nombreuses statistiques des auteurs il résulte que l'un et l'autre sein sont indifféremment le siège de la néoplasie.

CHAPITRE II

ÉLÉMENTS ANATOMIQUES

Le cancer du sein chez l'homme a son origine soit dans les éléments glandulaires proprement dits, soit beaucoup plus rarement dans le tissu conjonctif. Envisagé de cette façon, le cancer du sein se présente à nous sous deux formes : *épithélioma* et *sarcome*.

Nous ne voulons nous occuper ici que de l'épithélioma, aussi nous pardonnera-t-on de ne rien dire du sarcome si ce n'est qu'il est d'une extrême rareté chez l'homme, et qu'il se présente avec ses caractères habituels, sa malignité variable moins cependant que le squirrhe ou l'encéphaloïde.

Nous emploierons le terme *épithéliome* exclusivement dans le sens de néoplasie maligne : c'est le *cancer épithélial*. Ainsi épithéliome étant synonyme de cancer, un qualificatif en précise l'espèce par la mention de l'élément normal dont il dérive ; une autre variété, en exprimant le degré de sa déviation de la forme normale, *typique*, s'il ressemble à cette forme normale et en conserve l'évolution ; *métatypique* ou *atypique* selon qu'il en a plus ou moins perdu complètement les apparences.

Cette dernière forme, l'*épithéliome atypique*, est pour nous synonyme de *carcinome*, au sens où le mot est généralement employé en France. Nous préférons ne point employer ce terme plus usité en Allemagne, afin de ne point créer d'erreur avec la plupart des tumeurs malignes qu'on a voulu lui faire désigner, ainsi que le type erroné, la tumeur alvéolaire de Virchow, qui n'est nullement alvéolaire et encore moins d'origine conjonctive, comme cet auteur le croyait. Tout cancer épithélial se compose au niveau du sein comme en tout autre point de l'organisme, d'une masse cellulaire en prolifération active, qui est la partie essentielle de la néoplasie : c'est le *parenchyme*, et d'une trame conjonctivo-vasculaire qui nourrit et soutient le parenchyme, c'est le *stroma*.

Le *parenchyme*, qui est en réalité dans la forme typique tout le cancer, est formé de cellules épithéliales qui ont encore conservé les apparences adénomateuses. La prolifération initiale reste en effet pendant un certain temps limitée à l'intérieur des acini et des conduits glandulaires, où elle peut végéter avant d'avoir franchi la paroi des tubes et envahi le tissu conjonctif interstitiel, d'où le nom d'*épithéliomes intracanaliculaires* appliqués parfois à ces néoplasies. En réalité, il s'agit seulement d'un stade de leur évolution. C'est une forme de tumeur observée chez l'homme plus souvent que chez la femme.

Les stades intermédiaires ont pu d'ailleurs être observés : tels les cas de Poirier et d'Imbert dans lesquels on voit les éléments du néoplasme, prêts à rompre leur enveloppe conjonctive, l'ayant parfois rompue et sur le point de se diffuser dans le tissu périphérique. Le *carcinome* est constitué. C'est la forme la plus habituellement observée dans le cancer du sein chez l'homme.

Le *stroma*, charpente de soutien et de nutrition du néoplasme, n'est pas spécifique, n'est pas cancéreux. Il est formé aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire de la région envahie, qui peut même, dans certains cas, le constituer sans aucune modification de sa texture.

Suivant la proportion variable des amas cellulaires et des parties fibreuses, suivant l'existence d'altérations régressives des cellules cancéreuses on doit distinguer diverses modalités anatomiques.

Chez l'homme, la grande majorité des carcinomes observés ont été des cancers fibreux, à évolution lente, c'est-à-dire des cancers dans leur forme relativement bénigne. Vidal (de Cassis) avait dit que le cancer du sein chez l'homme se développait toujours sous forme de *squirrhe*. Pour être plus fréquente cette forme n'est pas la seule rencontrée.

Poirier a pu réunir cinq observations de carcinome encéphaloïde empruntées à Duguet, Roux, Liston et Perkins, Charles Garnier. Imbert en a publié un exemple et Williams en a réuni trois autres.

L'affection se présente d'ailleurs chez l'homme avec les mêmes caractères de mollesse, de volume qu'on rencontre dans l'encéphaloïde du sein chez la femme.

Le cancer mélanique a été observé par Chenet et par Marcano. Comme dans toute affection néoplasique, il y a dans le cancer du sein chez l'homme, retentissement sur l'appareil ganglionnaire qui commande la région atteinte. Ici ce sont les ganglions axillaires qui subissent la dégénérescence cancéreuse. Cette adénopathie, plus fréquente dans l'épithélioma diffus, est plus rare et plus tardive dans l'épithélioma typique.

Enfin la barrière ganglionnaire peut être franchie et

forcée, surtout dans le cas de récurrence et des embolies vont alors porter au loin l'infection cancéreuse. Ainsi s'établit la métastase et nous assistons à la phase de généralisation qui frappe la plèvre, le poulmon, le foie, les os, le rein, la moelle et le rachis.

CHAPITRE III

ÉLÉMENTS SYMPTOMATIQUES

MARCHE — DURÉE — TERMINAISON

Il est extrêmement rare qu'au début de son évolution, contrairement à ce qui se passe chez la femme, le cancer du sein de l'homme passe longtemps inaperçu. Dans le plus grand nombre de cas cependant il est méconnu dans sa véritable nature. il est souvent pris pour un simple bouton, et de fait on voit souvent un bouton d'acné précéder le développement du cancer.

Toutefois le début est habituellement insidieux, et c'est par hasard que le malade est amené à découvrir l'existence de sa tumeur. Aussi est-il incapable de nous renseigner sur la date exacte de l'apparition du néoplasme. Quelquefois ce sont des douleurs, des picotements se produisant au niveau d'un sein, soit spontanément, soit à l'occasion de certains mouvements, qui constituent les symptômes initiaux de la tumeur. Cette douleur du début est signalée par Straüssman ; Poirier pense qu'elle existe dans la moitié des cas, mais à son avis elle survient sur-

tout au cours du développement, tandis qu'Horteloup la considère comme rare. Dans un fort cas de Tillaux, elle était si vive qu'elle décida seule le malade à se faire opérer. Enfin, elle peut n'exister, chez certains cancéreux à aucun moment de leur affection, comme dans le cas observé par le D^r Jeanney avec M. le professeur Soubeyran, et ceux recueillis par M. le professeur Tédénat, et qui font l'objet de nos deuxième et troisième observations.

Un écoulement sanieux ou séro-purulent se produisant au niveau du mamelon, peut être le premier symptôme appréciable de l'affection. Le malade remarque que sa chemise est tachée, il en recherche la cause, et constate alors seulement l'existence d'une tumeur au niveau du sein. Enfin, quelquefois, mais beaucoup plus rarement, le cancer débute par une ulcération du mamelon.

En règle générale le cancer du sein chez l'homme est de moindre volume que chez la femme, et n'a pas dans ses dimensions l'évolution progressive qu'il a chez cette dernière.

Poirier a insisté sur ce point, que « chez l'homme le cancer du sein passe par deux phases bien distinctes : une première pendant laquelle il reste stationnaire et de volume restreint ; une seconde, où son volume augmente avec une grande rapidité ».

Quant à son volume propre, on parle suivant les cas de noisette, d'œuf, d'amande, d'une noix comme termes de comparaison, alors que d'autres auteurs signalent les deux poings ou une tête de fœtus. Ces derniers faits sont plutôt exceptionnels.

Les transformations et les variations de volume que l'on constate en clinique ne sont que le reflet de ce que nous avons dit antérieurement à propos de l'anatomopathologie de ces néoplasies. La brusque augmentation de

volume correspond à la diffusion épithéliale dans les travées conjonctives quand ces éléments ont fait crever l'enveloppe qui les retient.

Quant au phénomène inverse qu'il est donné quelquefois d'observer il tient à ce qu'en certains points la tumeur a subi la dégénérescence kystique. Les kystes ainsi formés augmentent progressivement de volume et contribuent à augmenter celui de la tumeur ; mais ils peuvent se rompre, et celle-ci alors, s'affaisse de ce fait : il y a eu diffusion du liquide dans les tissus voisins. Cette rupture kystique peut se faire en coup de poignard et s'accompagner d'une vive douleur, ou se produire plus sournoisement et lentement, le liquide épanché mettant plusieurs jours à se résorber.

L'examen clinique fournit les renseignements suivants lorsque la lésion est entièrement constituée.

La palpation reconnaît l'existence d'un noyau induré, rugueux, légèrement bosselé ; la tumeur par sa périphérie se continue sans démarcations nettes.

Le plus souvent et pendant un temps variable la tumeur reste mobile sur les plans profonds, mais on ne peut l'individualiser d'avec les autres éléments de la glande, qui chez l'homme sont si peu importants qu'ils ne peuvent être reconnus au travers des téguments.

Quand on plisse la peau entre le pouce et l'index au-dessus de la tumeur, on observe que le tégument se soulève mal, que le pli est plus épais, et qu'il semble fixé dans la profondeur par une série de tractus fibreux ; c'est une sorte de capitonnage des téguments qui forme un pointillé en creux ; c'est la *peau d'orange* des cliniciens. Cette adhérence précoce des téguments sur une masse indurée du sein est un signe pathognomonique du cancer.

Ce symptôme apparaît chez l'homme de très bonne

heure, tandis que chez la femme il est plus tardif à se manifester.

Cette double différence, que nous notons entre le cancer du sein dans l'un et l'autre sexe : (1^o absence d'adhérences précoces avec les plans sous-jacents chez l'homme, alors qu'elles sont un signe presque de début dans les cancers du sein chez la femme ; 2^o capitonnage rapide de la peau dès le début dans les cancers du sein chez l'homme, alors que ce symptôme est plus tardif chez la femme, cette différence tient sans doute à la constitution anatomique différente de leur glande mammaire. Tandis que chez l'homme, à part de rares exceptions, une mince couche de tissu cellulaire sépare la glande de la peau, chez la femme au contraire les canaux excréteurs, et les acini naissent dans une véritable atmosphère cellulo-graisseuse. Mais aussi chez cette dernière un puissant réseau lymphatique unit la glande aux plans sous-jacents et au creux de l'aisselle tandis que chez l'homme ce réseau est très rudimentaire et n'offre pas les puissantes anastomoses que nous notons chez la femme entre les ganglions de la chaîne mammaire interne et les lymphatiques de la mamelle au travers même du plan musculo-costal.

La peau, envahie finit par s'ulcérer ; souvent cette ulcération se produit avec un certain degré d'inflammation : un foyer de ramollissement, occupant le tissu néoplasique, soulève les téguments infiltrés, qui rougissent et s'ouvrent en laissant écouler une bouillie puriforme.

L'ulcère est ordinairement violacé ; ses bords indurés sont bosselés, fréquemment entourés de tubercules rougeâtres ; son fond est le siège d'un suintement ichoreux et fétide. Autour de ce noyau ulcéré, on voit diverger des traînées néoplasiques qui ont fait justement appliquer le terme de cancer à ces néoplasmes.

Le mamelon, à son tour est fixé à la tumeur, et peut même être rétracté. Horteloup ne l'a cependant noté que trois fois.

La peau est parfois sillonnée de grosses veines variqueuses, symptôme rare sans doute puisque Horteloup avoue ne l'avoir rencontré que deux fois.

L'adénite axillaire chez l'homme comme chez la femme accompagne fréquemment le cancer du sein. Elle siège sous le bord inférieur du grand pectoral, sous le bord inférieur du grand dorsal, dans le fond de l'aisselle. C'est là qu'il faut la rechercher en portant les doigts à plat contre les côtés. Ces ganglions sont le plus souvent mobiles roulant sous le doigt, mais parfois aussi agglomérés. L'évolution se fait sourdement comme chez la femme. Elle peut parfois n'être pas appréciable au palper quoiqu'existant cependant, car de ce que nous ne rencontrons pas de ganglions tuméfiés dans l'aisselle on ne peut conclure que le système lymphatique ne participe pas au processus cancéreux.

Comme chez la femme on peut reconnaître le trajet des lymphatiques aux indurations qui se trouvent sur leurs parcours.

Pour Horteloup le développement des ganglions n'est point en relation avec le processus ulcéreux.

Mais il paraît plus juste d'admettre que cela tient à la variété de cancer auquel on a affaire : le squirrhe ayant peu de tendance à infecter précocement les ganglions mêmes, chez la femme ; cette forme étant justement la plus fréquemment observée dans le cancer du sein chez l'homme.

L'état général peut rester satisfaisant pendant très longtemps surtout dans la forme fibreuse, le squirrhe à marche lente. Au contraire les cancers mous, encépha-

loïdes et mélaniques s'accompagnent plus vite de troubles généraux.

En étudiant l'étiologie nous avons vu que le cancer du sein pouvait passer longtemps inaperçu des malades eux mêmes. Par là il diffère du cancer du sein chez la femme, tandis que chez cette dernière, l'invasion par les vaisseaux lymphatiques se fait de bonne heure, que les douleurs sont elles aussi précoces et que la cachexie fait de rapides progrès, chez l'homme, l'état général se maintient bon. Les malades qui dans la majeure partie des cas ne souffrent pas, ne sont pas amaigris, n'offrent pas de symptômes de généralisation et ne présentent pas la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse.

Cependant le tableau est loin d'être toujours aussi favorable. La marche du cancer est fatale pour beaucoup de malades ; mais il s'agit alors d'individus porteurs de tumeurs anciennes ulcérées, constituées par des récidives et s'accompagnant de métastases cancéreuses au niveau des autres organes.

Nous n'en voudrions pour preuves que l'histoire des observations qui nous sont personnelles.

Observation Première

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat.

Achille B..., médecin, 64 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Les parents sont morts très âgés. Santé toujours bonne sauf quelques migraines.

Il y a un an, petit bouton à la racine du mamelon droit considéré comme un bouton d'acné. Il a augmenté rapidement de volume et s'est ulcéré depuis deux mois.

Actuellement (5 février 1884) tumeur du volume d'un marron, légèrement bosselée, adhérente à la peau qui est rouge. Ulcération centrale large de un centimètre et demi le bord induré, à fond gris, saignant facilement. Ganglions dans l'aisselle.

9 février : Excision large de la tumeur, des voies et ganglions lymphatiques. Guérison perprimam complète le 20 février.

En août 1886 : douleurs en ceinture dans le bras gauche. Le malade les attribue à des rhumatismes et fait une saison à Lamalou. Il n'en tire aucun bénéfice. En novembre 1886, paraplégie avec des douleurs très pénibles qui imposent de fortes doses de morphine. Mort le 8 décembre 1886.

L'examen des ganglions et de la tumeur montre la structure du cancer épithélial.

Observation II

Due à l'obligeance de M. le professeur Tedenat.

Cancer du sein chez un homme de 33 ans. Excision large de la tumeur et des voies lymphatiques. Guérison. Six ans après, cancer de l'autre sein. Excision. Guérison persistant depuis 10 ans après la seconde opération (recueillie par le docteur Dusser).

Léopold D..., 33 ans, consulte M. Tédénat, le 3 mai 1894, pour une ulcération du sein droit, datant de dix mois. Elle est profonde de 5 à 7 millimètres, suivant les points à fond fissuré, à bord en bourrelets grenus. Elle est entourée d'une masse du volume d'une noix comme

encastrée dans la peau et toute trace du mamelon a disparu. Bien que le patient n'ait pas eu la syphilis, son médecin lui a ordonné un traitement antisypilitique à hautes doses qui n'a pas donné de résultats.

8 mai 1894 : Ablation de la tumeur des voies lymphatiques et des ganglions qui ne paraissaient pas atteints. Guérison par réunion immédiate. 23 mai 1894. L'examen microscopique fait au laboratoire du professeur Kiener montre la structure du cancer épithélial, à stroma très dense. Les coupes des ganglions ne montrent pas des lésions néoplasiques.

Le 4 juillet, Léopold D..., consulte M. Tédénat pour une ulcération du sein gauche. Il s'y est produit, il y a 2 mois un petit bouton dur à la partie inférieure de la racine du mamelon. Il n'a pas tardé à se couvrir d'une croûte et s'est fendillé depuis une dizaine de jours. Quand M. Tédénat voit le malade, la tumeur a la dimension d'une grosse fève creusée à son centre d'une ulcération longue de 1 centimètre large de 3 millimètres creusée au-dessous du mamelon. Rien aux ganglions. Excision large de la tumeur et des voies lymphatiques, le 10 juillet. Guérison complète le 25 juillet.

M. Tédénat a revu l'opéré le 20 octobre 1910, dix ans après la seconde opération, 16 ans après la première.

Observation III

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat.

Carcinome du sein chez un homme de 45 ans. Excision large. Cancer du rachis, 7 ans plus tard.

Isidore B..., 45 ans, employé de commerce. Le père est

mort à 82 ans d'une fluxion de poitrine ; la mère se porte bien 75 ans. Une sœur âgée de 40 ans se porte bien.

A noter, comme antécédents personnels, la fièvre typhoïde à 21 ans. Le sujet a toujours été sujet à l'acné simple, ni rhumatisme, ni syphilis.

Il y a deux ans, il constata au bas de l'aréole du sein gauche, une petite tumeur brune, dure du volume d'un petit haricot, indolore. Quelques mois plus tard, la peau rougit, suinta un peu avec de menues croûtes. Un médecin considéra cela comme de l'acné et conseilla des applications d'une pommade à l'oxyde de zinc. La petite tumeur a augmenté de volume rapidement depuis trois mois, elle s'est creusée, donne de temps en temps quelques gouttes de sang. Elle ne provoque aucune douleur.

3 mai 1899. Tumeur à pourtour arrondi occupant toute la moitié inférieure de l'aréole du sein ; épaisse de 2 centimètres, large de 4 centimètres, à sa partie supérieure est le mamelon. Tout autour d'une ulcération à fond gris, large de un centimètre, à bords durs, grenus ; la peau est rouge, adhérente, la tumeur dure est mobile ; deux ganglions dans l'aisselle gauche.

Le diagnostic s'impose. Epithélioma du sein avec ganglions axillaires.

8 mai : Amputation large avec excision des voies lymphatiques et des ganglions.

18 mai : Guérison avec réunion immédiate.

L'examen de la pièce montre la structure du carcinome : alvéoles nombreuses avec tractus connectifs denses. Les ganglions durs sont bourrés de cellules épithélioïdes.

Santé parfaite pendant 7 ans. A ce moment douleurs dans la région dorsale inférieure irradiant en ceinture ; cinq mois plus tard paraplégie très douloureuse et appa-

rition d'un nodule cancéreux sur la partie moyenne de la clavicule droite.

Mort en décembre 1906.

Nous y ajouterons l'observation publiée par Jeanney dans sa thèse de doctorat.

Observation IV

(In thèse Jeanney.)

A... François, instituteur, 42 ans, de Saint-André-de-Roquelongues (Aude). Entre le 7 septembre 1904 pour récurrence d'une tumeur du sein dans le service de M. le professeur Tédénat, suppléé par M. Soubeyran.

En mai 1912, le malade constata au-dessous du mamelon droit l'existence d'une tumeur atteignant le volume d'une noisette. Cette tumeur indolore grossit peu à peu jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de poule. En septembre 1902, le malade se décida à se faire opérer. L'ablation fut pratiquée par un médecin de Carcassonne, qui, d'après les renseignements fournis par M. A. F., se contenta d'extirper la tumeur sans toucher à l'aisselle.

Il y a environ six mois, survint une nouvelle nodosité qui s'était reformée peu à peu au-dessus de la tumeur primitive. Actuellement l'état général est bon. A l'examen de la région, on constate du côté droit, sur le prolongement supérieur de l'incision primitive un noyau dur, mobile sur les plans sous-jacents, et atteignant le volume d'une noix. La peau qui recouvre la tumeur, lui adhère intimement et présente le capitonnage caractéristique des

tumeurs malignes du sein. Dans l'aisselle, on trouve un volumineux paquet ganglionnaire. On ne constate pas d'écoulement par le mamelon, le malade n'accuse point de douleur. L'opération est pratiquée le 9 septembre 1904 par M. le professeur agrégé Soubeyran.

La tumeur est enlevée par une large incision d'une seule tenue, jusque dans l'aisselle. Il n'y a pas d'adhérence avec le muscle grand pectoral qu'on respecte. En pratiquant l'évidement de l'aisselle, on trouve un nodule cancéreux fortement adhérent à la veine axillaire, et qu'il est impossible de disséquer. On est obligé d'exciser veine et ganglions entre deux ligatures, sur une longueur d'environ 6 centimètres. La plaie est asséchée avec de la gaze iodoformée ; suture aux crins de Florence, drainage par l'aisselle.

Suiles opératoires : 14 septembre, pansement, réunion *per primam*.

21 septembre. Le malade quitte l'hôpital, la plaie est complètement fermée, peu de troubles circulatoires au niveau du membre.

Le 28 décembre de la même année, c'est-à-dire trois mois après l'opération nous avons eu des nouvelles du malade par son fils. Ce dernier nous a appris qu'il n'y avait pas de récurrence et que l'état général restait bon.

Examen de la tumeur :

Examen macroscopique : Tumeur dure grosse comme une noix. A la section, on constate l'existence d'un tissu friable de coloration jaunâtre, circonscrit par des bandes de tissu fibreux.

Examen histologique : dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc. On constate une prolifération abondante d'éléments épithéliaux, atypiques, aux dépens des éléments glandulaires, avec réaction considérable du tissu

conjonctif. Nous avons affaire à un carcinome du sein à tendance squirrheuse.

La lecture de ces divers cas nous montre quelle est exactement l'allure générale et la marche de ces tumeurs. Après une phase lente et presque insensible, une seconde accélère brusquement l'évolution des lésions et peut en 6 ou 8 mois aboutir à la généralisation et à la cachexie.

Il est intéressant de noter avec Poirier que la cachexie ne paraît pas le plus souvent être consécutive au cancer du sein lui même, mais aux localisations secondaires.

Quoique plus tardive que chez la femme, la terminaison chez l'homme n'en est pas moins fatale. Du jour où de tumeur indolente et bénigne en apparence, la tumeur s'est hypertrophiée, ulcérée et infiltrée dans les tissus voisins, la mort survient en moyenne 6 à 8 mois après cette transformation.

Mais tous les faits ne sont point d'un aussi fâcheux pronostic et notre observation III. où même après une récurrence, notre malade conserve après l'opération depuis dix ans une santé parfaite, laisse bien espérer que quelques guérisons peuvent s'observer. Il est pénible de constater que ce sont là des exceptions.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Ce que nous venons de dire relativement aux divers éléments étiologiques, anatomiques et symptomatiques nous permettra d'être bref sur le diagnostic du cancer du sein chez l'homme.

La nature maligne du cancer commande un diagnostic précoce. Malheureusement ce diagnostic n'est pas toujours facile car, ou les malades viennent le plus souvent consulter trop tard, ou l'ignorance, pardonnable certes, des médecins auxquels ils se confient, laisse évoluer pendant des mois ou des années un néoplasme qu'ils prennent pour un bouton d'acné.

C'est qu'en effet au début ce diagnostic si important est des plus difficiles.

On ne devra pas confondre l'épithélioma du sein avec une mastite dont l'évolution aiguë ou subaiguë, la marche rapide et la résolution à brève échéance ne sauraient prêter à confusion.

Éliminons pour ne rien en dire les abcès froids costaux les kystes hydatiques de la mamelle qui ont des caractères assez personnels pour ne point être confondus avec un cancer, serait-il encéphaloïde.

Mais des lésions tuberculeuses peuvent au niveau de la mamelle se développer sous forme de tumeur de volume restreint, dure, indolore, ou s'infiltrer dans les tissus voisins simulant un cancer en nappe ou en cuirasse quelquefois observé chez l'homme.

Mais étant donnée l'extrême rareté de la tuberculose mammaire chez l'homme on n'aura pas davantage de raison d'y penser, qu'au cancer lui-même. D'autre part l'adénopathie axillaire offre ici un élément de diagnostic de première importance. Si les ganglions axillaires ont été primitivement hypertrophiés et ont précédé l'apparition de la tumeur, on a affaire à de la tuberculose. De plus on ne rencontre pas un ou deux ganglions durs, comme dans le cancer mais un vaste empâtement d'adénite et de périadénite de toute l'aisselle, où l'on peut reconnaître plus particulièrement deux ou trois ganglions volumineux ayant déjà subi un commencement de fonte purulente, adhérents entre eux et aux tissus périphériques.

La syphilis de la mamelle peut être fréquemment confondue avec le cancer. Ne l'appelle-t-on pas *cancer vérolique* ?

L'accident primitif avec son induration, son ulcération simule le néoplasme ulcéré, mais les commémoratifs, l'adénite précoce, le fond vernissé rougeâtre et suintant diffèrent de ce qu'on rencontre dans le cancer.

La mastite diffuse gommeuse, la gomme de la mamelle ressemble fort au cancer. Début insidieux et indolent. Seule l'adénite plus précoce peut en imposer pour une lésion gommeuse. La peau est cependant moins précocement adhérente à la tuméfaction. L'évolution ultérieure vers l'évacuation au dehors du contenu de la gomme pourra lever les doutes, si l'interrogatoire et un traitement antisys-

philitique appropriés ne sont pas venu montrer la nature exacte du mal.

Quant aux tumeurs bénignes du sein elles seront confondues avec le cancer tant que celui-ci restera à son stade primaire tant qu'il n'est que cancer intracanaliculaire, mais dès qu'il aura rompu ses limites, l'erreur ne pourra plus persister.

D'ailleurs il n'est pas impossible d'avoir recours à une biopsie et toujours dans le doute de conseiller une intervention qui en enlevant la lésion au-delà des limites du mal préviendra une récurrence et peut être la généralisation dont reste menacé le malade même après une opération aussi radicale que possible.

Il appartiendra au microscope de faire la distinction entre l'épithélioma typique et l'atypique ou carcinome des auteurs, les formes intermédiaires à l'un et à l'autre existant assez souvent pour qu'il ne puisse être possible sur le vivant de dire à quel type on a affaire, dans un cas particulier.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET MÉDICATIONS QUI LES REMPLISSENT

Chez l'homme comme chez la femme il n'existe à l'heure actuelle qu'un traitement du cancer du sein, c'est le traitement chirurgical ; lui seul a fait ses preuves.

Ce traitement repose sur deux principes essentiels : 1° Le cancer du sein est une maladie primitivement locale ; 2° tant que le cancer du sein reste ainsi maladie locale (et il l'est chez l'homme durant une période de temps plus longue que chez la femme), le bistouri peut enlever, d'une façon absolue, la totalité du mal.

« Si la chirurgie du cancer n'a donné, pendant longtemps, que des résultats précaires, c'est qu'elle ne savait pas opposer au cancer une opération à *sa taille* » (Chevassu).

Les progrès de l'anatomie pathologique nous ont appris que les envahissements microscopiques, s'étendaient bien au-delà de la zone macroscopiquement prise, que seule on enlevait autrefois.

La glande mammaire tout entière est suspecte et doit être complètement enlevée, y compris ses prolongements.

L'aponévrose du grand pectoral, sur laquelle cheminent les lymphatiques de la face profonde de la glande, est suspecte et doit être complètement enlevée.

Les ganglions axillaires, même si on ne les sent pas, sont plus que suspects et doivent être tous enlevés.

Les muscles pectoraux, tout au moins le grand pectoral, traversés par un faisceau de lymphatiques allant au creux sous claviculaire, sont suspects.

Les ganglions sous-claviculaires eux aussi sont suspects.

Toute la peau qui recouvre la glande mammaire, même si elle paraît complètement saine, est suspecte.

Glande mammaire toute entière avec la peau qui la couvre, aponévrose et muscles pectoraux, ganglions axillaires et sous-claviculaires, voici donc toutes les parties suspectes qu'il importe d'enlever.

On doit enlever le tout d'un bloc. Enlever d'abord le sein, puis les ganglions lymphatiques, c'est ouvrir de plein gré tous les vaisseaux blancs qui conduisent de la tumeur aux ganglions les greffes néoplasiques, et s'exposer par conséquent, à des inoculations opératoires.

Il est préférable d'enlever toute la masse, en procédant de haut en bas des vaisseaux axillaires vers le sein. Ceci pour deux raisons, d'abord parce qu'on n'évite sûrement un obstacle que lorsqu'on l'a bien vu ; ici l'obstacle c'est la veine axillaire ; aller droit à la veine axillaire, c'est le plus sûr moyen de ne pas risquer de la blesser malencontreusement. De plus, en commençant l'opération par les vaisseaux axillaires, on coupe et on lie immédiatement les pédicules vasculaires destinés au sein, et l'on pratique dès lors une opération beaucoup

moins sanglante. Ensuite on évite l'encombrement du champ opératoire par la tumeur qui ne tenant plus à rien tireille sur son pédicule axillaire et dans un faux mouvement peut l'arracher (Chevassu, Tédénat). C'est en principe l'opération d'Hälsted, seuls les temps sont transposés. Le manuel opératoire en est plus simple. Il donne les mêmes résultats.

La technique de cette intervention qui chez l'homme ne comporte aucune modification appréciable comprend les temps suivants :

Incision de la peau suivant une ligne qui part ou aboutit suivant le côté sur le bras, au niveau de l'insertion du grand pectoral ; elle se dirige en dedans, passe à deux travers de doigts au-dessous de la clavicule, descend vers le sternum, passant à deux travers de doigts de la ligne médiane, et se recourbe en dehors pour aboutir à deux travers de doigts environ au-dessus des fausses côtes. Avec Gosset, Chevassu, notre maître Tédénat préfère arrêter là l'incision. La moitié externe qui encercle le sein est réservée pour la fin de l'intervention.

Isolement, section du grand pectoral dans le sillon delto-pectoral et son rabattement.

Section de l'insertion coracoïdienne du petit pectoral, en allant doucement, car les vaisseaux axillaires ne sont pas loin.

Découverte des vaisseaux axillaires et dissection de la veine axillaire, le gros danger.

Ligature du pédicule et évidement complet du creux de l'aisselle de la graisse et des ganglions qu'elle contient et qui s'y cachent.

On poursuit alors vers la partie interne la dissection de la paroi thoracique en rasant le plan costal, et il ne reste bientôt plus qu'à sectionner les insertions thoraciques des pectoraux.

Cela fait on réunit par une incision légèrement convexe les deux extrémités de l'incision primitive et l'amputation du sein est terminée.

On pratique l'hémostase soigneusement. Il importe de drainer pour éviter un hématome, ce qu'on obtient en plaçant un drain au point déclive par un orifice fait au lambeau inférieur.

A l'aide d'un décollement plus ou moins étendu on facilite le rapprochement des lèvres de la plaie. On réunit *grosso modo* avec 3 ou 4 fils métalliques. Des fils de crin et quelques agraffes complètent la ligne de suture.

S'il y avait ulcération l'usage du thermocautère serait à recommander. Sous anesthésie on le promènerait sur les parties exulcérées pour les désinfecter. Dans le même ordre d'idées il conviendrait durant les jours précédant l'intervention, avec les *nouveaux appareils à soufflerie d'air chaud*, de préparer cette désinfection en asséchant le plus possible les parties infractueuses et suintantes du néoplasme.

Le traitement chirurgical que nous venons de préconiser ne pourra cependant pas être toujours opposé au cancer du sein. Il faudra refuser l'opération quand :

- a) La tumeur a attaqué la cage thoracique.
- b) Dans les cancers en cuirasse ou avec nodules situés à plus de trois pouces de la tumeur primitive.
- c) S'il y a dans l'aisselle une masse cancéreuse adhérente à ses parois.

d) S'il existe des ganglions sus-claviculaires, durs, adhérents et augmentés de volume.

e) S'il y a des métastases osseuses ou viscérales évidentes.

f) Si le malade est atteint d'une diathèse incurable faisant craindre une issue fatale sous peu d'années ou une mort post-opératoire. (Handley) ».

En résumé on ne touchera pas au cancer du sein quand il y a généralisation et qu'un viscère est atteint secondairement, lorsque la tumeur a franchi certaines limites et qu'une extirpation radicale est devenue impossible ; lorsque la peau est altérée par des adhérences ou des ulcérations trop étendues, par des nodules disséminés, quand le cancer est en cuirasse ; on n'y touchera pas non plus dans certains cas où la marche du néoplasme est très lente, dans certaines squirrhés fibreux sans tendances à la dissémination ; enfin quand l'organisme est trop affaibli par l'âge ou une diathèse.

C'est alors que trouveront place dans cette thérapeutique du cancer du sein chez l'homme les diverses médications non sanglantes qu'on s'est plu à conseiller dans ces dernières années comme équivalentes et même supérieures à l'intervention chirurgicale.

Deux méthodes se partagent l'honneur de cette thérapeutique, bien faible honneur puisque nous l'avons dit nous la réserverons pour les cas inopérables de cancer du sein chez l'homme, cancers généralisés ou trop étendus. L'une est basée sur l'utilisation des *agents physiques*, l'autre des *agents chimiques* ou *médicamenteux*.

A défaut d'un traitement spécifique et général du cancer du sein, qui est le secret de la médecine de l'avenir, la découverte des rayons X et du radium fournit à la médecine

cine une arme nouvelle capable d'agir à distance sur les masses néoplasiques, sans provoquer de délabrement des tissus sains.

Quoiqu'on ait pu voir parfois des cancers du sein, chez la femme, le plus souvent bien limités à la glande, sans adhérences aux plans profonds, sans envahissement ganglionnaire, céder à l'action des rayons X, ce serait prendre une lourde responsabilité que de chercher à éviter l'intervention chirurgicale et de courir le risque de généralisation cancéreuse que comporte une telle abstention. Chez l'homme comme chez la femme, un cancer du sein doit toujours être opéré, il doit l'être le plus tôt possible. Mais l'association de la chirurgie et de la radiothérapie peut rendre les plus grands services ; depuis longtemps réclamé par les radiologistes, « le traitement combiné », comme l'appelle Delbet, commence à être envisagé avec faveur. Les irradiations peuvent précéder, accompagner ou suivre l'intervention.

L'irradiation sur la plaie ouverte a été préconisée par Maunoury dans son rapport au Congrès de l'association française de chirurgie (1907) ; elle peut intervenir comme dernier temps avant la suture, mais lorsqu'il est impossible au chirurgien de faire une ablation large et certaine de tous les tissus néoplasiques, que l'opération n'a qu'un caractère palliatif, Maunoury conseille de ne pas suturer et de pratiquer sur la plaie ouverte des irradiations répétées. En outre, de cette action, la radiothérapie a un rôle curateur manifeste sur les récidives locales ; les nodules cutanés inclus dans la cicatrice, les petites nodosités sous-cutanées disparaissent d'habitude facilement après un petit nombre d'expositions.

Dans les cancers inopérables la radiothérapie limite l'étendue des ulcérations, tarit les sécrétions et diminue les

douleurs, tout autant d'effets utiles à rechercher et même à désirer pour apaiser les angoisses des malades.

Tout comme les rayons de Roëntgen, les rayons pénétrants du *radium* ont une action cellulaire élective, et le champ des applications de la radiumthérapie en traitement des tumeurs malignes du sein est aussi étendu que celui de la radiothérapie.

C'est surtout pour les épithéliomas difficilement accessibles aux rayons X, en raison de leur siège, que le radium est indiqué.

On a traité, seulement chez la femme, par le radium quelques cancers du sein. Cette thérapeutique ne présente qu'un intérêt secondaire : la radiothérapie est d'application beaucoup plus commode. Cependant en cas de récurrence axillaire rendant l'abduction du bras impossible, le radium est seul utilisable.

La *photothérapie*, l'*électrolyse*, le *froid*, l'*air chaud*, la *chaleur* en général dont on peut faire usage concurremment avec une autre médication, pourront rendre des services.

L'*étincelle de haute fréquence* dont on a beaucoup parlé et qui reçut de Keating-Hart l'application ou traitement du cancer sous le nom de *fulguration*, n'a pas tenu ses promesses.

Quant au traitement médical du cancer du sein chez l'homme, les médications qui le remplissent peuvent rendre des services surtout quand elles viennent s'ajouter aux autres méthodes de traitement.

On peut préconiser leur emploi non seulement pour lutter contre les cas inopérables et désespérés, mais aussi et surtout pour augmenter les effets du traitement chirurgical ou physique, pour renforcer leur utilité et pour prévenir les récurrences et les généralisations qui sont toujours à redouter. Un renouveau d'actualité vient d'être

donné aux méthodes de thérapeutique interne, depuis qu'on a pu étudier l'évolution du cancer expérimental, en même temps qu'on avait la surprise de constater, chez l'animal des guérisons spontanées, on découvrait que les tumeurs d'inoculation étaient influencées dans leur évolution par certains médicaments.

L'*arsenic* a été employé de tout temps contre le cancer, puisque déjà Hippocrate recommandait une pommade dans la composition de laquelle entrait ce médicament ; récemment Bilroth et plusieurs auteurs ont recommandé l'usage de la liqueur de Fowler à dose plus ou moins forte et notre maître, M. le professeur Tédénat, a pu dans des cas de ce genre conseiller avec avantage la liqueur à l'iodure d'arsenic de Donovan-Ferari.

A l'heure actuelle on s'adresse surtout aux composés organiques : au *cacodylate de soude*, à l'*aloxy*l dont les Allemands préconisent l'emploi en injections sous-cutanées à la dose de 0 gr. 10, tous les deux jours, immédiatement après l'opération pour prévenir la récurrence. Dans les cas inopérables, employé seul, il est insuffisant.

Les préparations à base de *chlore* ont été employées depuis 1850 où elles étaient préconisées par Bergeron contre les cancers de la peau et du sein, sous forme de chlorate de potasse.

Nous avons vu employer utilement par notre maître le chlorate de soude, suivant les conseils de Brissaud et de Becker (de Londres).

Jaboulay préconise l'emploi de la *quinine* à la dose de 0 gr. 50 et à 1 gr. tous les jours, qu'il associe à l'emploi des arsenicaux : liqueur de Fowler ou de Boudin.

En Allemagne et en Angleterre une méthode de traitement nouvelle avait été tentée dans ces dernières années par l'utilisation des *ferments thérapeutiques*. A peine ébauchée elle a été presque partout abandonnée, ainsi

aussi que l'utilisation des *extraits d'organes* surtout d'extrait thyroïdien. Ces méthodes n'ont point tenu les espérances qu'elles avaient fait naître.

La découverte et l'utilisation de médicaments nouveaux dits *colloïdes*, ont amené les médecins à expérimenter les effets de certaines de ces substances. De ce nombre celles qui jouissent actuellement de la confiance des médecins sont la *cuprase* et l'*électro-sélénium*.

Nous ne croyons pas que ces médicaments aient été encore utilisés dans le cancer du sein chez l'homme. Il est à souhaiter qu'on y obtienne d'aussi heureux résultats que dans le traitement du cancer du sein chez la femme.

La cuprase est un colloïde de protoxyde de cuivre hydraté.

L'électro-sélénium est un colloïde du sélénium β Ils jouissent l'un et l'autre des propriétés des substances colloïdes, ils sont rendus isotoniques, stables, non toxiques, leurs grains sont excessivement fins moins de 6μ .

Malheureusement, « ces médicaments sont encore trop nouveaux et expérimentés depuis trop peu de temps, pour qu'il soit possible de porter sur eux un jugement définitif. » (H. Roziès).

Pour le moment ces médications doivent être surtout utilisées comme un adjuvant utile du traitement chirurgical. Et quand on se trouve en présence de sujets atteints de cancers profonds, inopérables et sur lesquels les moyens physiques restent inactifs, il faut se rappeler que c'est à de tels malades que s'adresse cette thérapeutique. En agissant ainsi nous ferons encore œuvre utile, car nous rendrons la confiance à de pauvres désespérés et, en variant nos médications nous pourrions voir parfois survenir des améliorations inespérées, qui sait ? même des guérisons, avec une thérapeutique qui n'a pas encore dit son dernier mot.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Les malades retirent-ils un bénéfice du traitement ? Quelle est la valeur comparée de l'opération chirurgicale et des médications non sanglantes ? En d'autres termes les opérés vivent-ils plus longtemps que les non opérés ?

Dans les résultats opératoires deux choses sont à considérer : les résultats immédiats et les résultats à longue échéance.

Les résultats immédiats doivent toujours être satisfaisants si les précautions d'asepsie et d'antisepsie ont été prises ; toutes nos observations montrent une réunion par première intervention. Elle ne paraît même pas entravée par la récurrence quand celle-ci doit se produire de bonne heure. Elle ne survient en effet que très rarement dans les jours qui suivent l'intervention. Mais les résultats éloignés sont loin d'être aussi satisfaisants. Dans bien des cas on est obligé de compter avec des récurrences, celles-ci tenant pour la plupart à des causes qui nous échappent, car il ne faut pas oublier « que planant au-dessus de la structure des tumeurs il y a une série de causes inconnues, qui constituent ce que dans notre ignorance nous nommons la

malignité, certains néoplasmes ont une marche foudroyante et tuent en quelques mois, tandis que d'autres réclament des années ». La prognose du cancer du sein chez l'homme est cependant dit Williams, bien meilleure que celle de certains organes (langue, rectum, estomac).

Mais la chirurgie n'a jamais affirmé réaliser la cure radicale du cancer, elle est cependant le seul traitement qui compte à son actif des survies assez longues pour être regardées comme de véritables guérisons, et s'il « est vrai qu'à l'époque où les récidives locales étaient plus fréquentes, on observait moins de récidives viscérales, c'est que celles-ci n'avaient pas le temps d'évoluer, les malades mourant avant de cachexie cancéreuse ».

Chez l'homme donc, comme chez la femme, les récidives après opération sont fréquentes et se font, soit sur la cicatrice, soit au voisinage de celle-ci (ganglions de l'aisselle) soit à distance.

Les récidives sur la cicatrice sont les plus fréquentes. Il est probable qu'elles sont surtout dues à des greffes épithéliales se produisant au cours de l'opération.

Les récidives peuvent se montrer aussi sous forme de nodules cancéreux, qui apparaissent dans le voisinage de la cicatrice. Ils constituent une sorte d'infiltration diffuse, due à de la lymphangite cancéreuse qui avait envahi la glande mammaire. Les récidives dans l'aisselle s'observent aussi mais plus rarement. Poirier en rapporte deux cas dans sa thèse.

On a noté enfin des récidives se produisant sur le sein du côté opposé et au niveau des organes profonds, preuve évidente qu'il y avait eu déjà un commencement de généralisation.

Nous rapportons un cas de cancer du sein récidivé avec

localisation au rachis et à la clavicule sept ans après l'ablation de la tumeur initiale.

Comment a pu se faire cette dissémination ?

Pendant longtemps, on a admis que les métastases lointaines du cancer du sein se produisaient suivant deux mécanismes : 1^o par dissémination sanguine et 2^o par embolisme rétrograde.

Cette théorie tend aujourd'hui à être abandonnée ainsi que celle de Broca qui divisait les récidives en récidive par répullulation et récidive par continuation.

Handley a fait justice de ces théories : la dissémination du cancer du sein, pour lui, est due dans la majorité des cas, à la prolifération des cellules néoplasiques le long des lymphatiques « c'est-à-dire à la *perméation* ». L'extension de la perméation dans les tissus est véritablement un processus serpigineux comme la plus typique syphilide tertiaire, mais dans les cas de cancer la ligne d'extension est invisible à l'œil nu et le bord végétant microscopique, à cause du manque, en certains points, de processus de défense de sclérose périlymphatique, peut laisser sur son chemin des foyers isolés qui donneront lieu à des métastases macroscopiques. De tels nodules, en dépit de leur isolement apparent ne sont que la continuation de la tumeur primitive, mais la sclérose périlymphatique a détruit les lignes de communication.

Quant à la tumeur primitive elle n'a été qu'un épisode au cours de la maladie générale, et ne reste que peu de temps accident local et se rattache vraisemblablement à un état dyscrasique spécial dont le néoplasme est la conséquence et non la cause.

Chez l'homme les récidives pour cancer du sein semblent moins fréquents que chez la femme et plus lents à se produire. Il semble même que contrairement à ce qui

se produit chez la femme, la fréquence des récidives chez l'homme augmente à mesure qu'on l'éloigne davantage de l'époque de l'opération.

Jeanney, dans sa thèse explique ces faits, de la façon suivante : « Chez la femme, dit-il, la tumeur a d'emblée des allures malignes, et une tendance à la généralisation. On conçoit que si l'ablation ne coïncide pas avec la phase initiale de son évolution, la récidive surviendra presque immédiatement..... Chez l'homme, au contraire, le cancer du sein passe par une phase d'indifférence. Pendant celle-ci, il y a bien diffusion néoplasique, puisque la peau est rapidement adhérente à la tumeur, mais le processus cancéreux jouit d'une torpidité particulière. On comprend que dans ces conditions, si le bistouri n'a pas fait table rase de tous les éléments néoplasiques, ceux-ci mettent encore longtemps à manifester leur vitalité et donnent naissance à une nouvelle tumeur ».

Quoiqu'il en soit, les résultats de l'intervention ne paraissent pas plus mauvais chez l'homme que chez la femme, mais, au contraire, ils semblent prouver que le cancer du sein est une affection moins grave dans le sexe masculin. Il paraît céder plus facilement à l'intervention ou du moins ne récidiver que tardivement ce qui est en fonction des longues survies qu'elle peut entraîner.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du sein est chez l'homme plus fréquemment observé que veulent bien le dire les statistiques.

2° On note, en moyenne, 1 cancer du sein chez l'homme pour 100 chez la femme.

3° C'est surtout sous forme d'épithélioma et de squirrhe qu'il est observé.

4° C'est à la suite d'une irritation chronique ou parfois d'un coup que l'on voit chez l'homme apparaître un cancer du sein.

5° Les manifestations symptomatiques sont, en général, assez effacées dans les débuts. Le cancer passe par deux phases une d'indifférence ou d'extension lente et une de généralisation.

6° Le seul traitement est le traitement chirurgical. Il a d'autant plus de chances d'être efficace qu'il est plus précoce et que l'ablation de la tumeur est plus large et plus rapide. Le traitement par les moyens physiques ou médi-

camenteux ne peut être envisagé que comme adjuvant de l'exercice hâtive. Ils n'ont que peu d'action sur la tumeur constituée. Ils paraissent agir efficacement pour prévenir les récides.

7° Celles-ci chez l'homme sont fréquentes et quoique graves sont cependant tardives et susceptibles de guérison. Elles relèvent du même traitement que la tumeur dont elles dérivent

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS. — Case of cancer of the left. mamma Proc. Roy. Med. and Soc. London, 1862, IV, 117.
- BELL. — Tr. path. Soc. Lond., 1896.
- BEDER. — Quelques faits particuliers sur la gynécomastie. Gaz. Méd. de Paris, 1836, p. 689-691.
- BÉRARD. — Thèse de concours, 1842, p. 145.
- BERGER. — Les récidives du cancer du sein. Bull. Méd., 1905.
- BERNS. — Ein weiterer Fall von Krebs der mannlichen Brustdrüse. Arch. f. clin. Chir. Berlin, 1887, p. 228-230.
- BERTHERAUD. — Des tumeurs du sein chez l'homme. Ann. Méd. de la Flandre occidentale. 1855, p. 513-517.
- BILROTH. — Path. Chir. génér., 1868, p. 770.
- BLODGETT. — Cancer of breast in a child. Brit. Med. J., 1897, p. 611.
- BRASSARD. — Cancer du sein chez un homme. Poitou Médical, 1898, p. 97-101.
- BUCHANAM. — Cancer of the male breast. Glasgow. N.-Y., 1893. p. 149.
- Cancer of the breast in man. Lancet, 1841-42, II, 414

CASTAIGNE. — Le Journal Médical français, 1911, p. 280.

— — — — — 1913, p. 223.

CHENET. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1876.

CHILDS. — Cancer in the male breast. Lancet, 1864, II, 266.

COOKE. — Two cases of scirrhus of the male breast, reappearance after amputation. Lancet, 1856, II, 462.

COURTADE. — Deux cas d'épithélioma du sein chez l'homme. Union Méd., Paris, 1885, 3^e s., XI, 1070-73.

DELACOUR. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1894.

DUSSAUSSOY. — Dissertation et obs. sur la gangrène des hôpitaux. Genève, 1787.

FIDELIN. — Résultats éloignés de l'ablation du sein pour cancer. Thèse de Paris, 1909, 319.

FOUCART. — Tumeur du sein chez l'homme. France Méd., 1856, III, 284.

GALLOUEN et NOEL. — Un cas de mastite cancéreuse traité par le sélénol. La clinique, 11 octob. 1912.

GARS. — Cancer du sein chez l'homme. J. des Sc. méd. de Lille, 1887, 392-395.

GELLÉ. — Sur un cas de cancer chez l'homme. Echo Médical du Nord, 1902.

GILLETTE. — Carcinome ulcéré de la mamelle gauche chez l'homme. Union Méd., 1874, XXVIII, 942.

GUÉGAN. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse de Bordeaux, 1903.

HANDLEY. — Le cancer du sein et son traitement opératoire. London, John Murray, 1906.

HENRY. — Thèse inaugurale. Breslau, 1879.

HORTELOUP. — Des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse d'agrégation, 1872.

- IGNATIEFF. — Traitement du cancer du sein. Thèse de Toulouse, 1902.
- IMBERT. — Un cas de cancer du sein chez l'homme. Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Montpellier, 1891, 541-555.
- JACOBSON. — Trois cas de cancer du sein dont deux chez l'homme. Med. News., 1897, n° 5.
- JEANNEY. — Le cancer du sein chez l'homme. 1905, n° 43. Thèse de Montpellier.
- JOHNSON. — Scirrhus of male breast., N.-Y., M. Times, 1853, I, 111.
- KOHLER. — Carcinoma der Brustdrüse, bei einem. Mann. Charié, ann. Berlin, 1890, 443-452.
- LAFFORGUE. — Thèse inaugurale. Toulouse, 1896.
- LANDRY. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. Th. de Paris, 1883.
- LAURENT et BOHEC. — Le sélénol dans le traitement du cancer. Province Méd., sept. 1912.
- LEBERT. — Phys. path., 1845. t. II, p. 317.
- LEDUAN. — Mémoire sur le cancer. 1778, p. 112.
- LISFRANC. — Clinique chirurg. de la Pitié, 1841, t. I, p. 139.
- MARCANO. — Bul. de la Société Anat., 1874, p. 921.
- MARCOWITZ. — Cancer du sein chez l'homme. Bull. Soc. Anat., Paris, 1860, p. 134.
- MÉNÉTRIÉR. — Le cancer Nouveau, Brouardel et Gilbert. T. XIII, 1909, p. 252.
- MOORE W. — Two cases of cancer of the male breast. Austral. M. f. Melbourne, 1895, n. s., t. XVII, p. 96.
- MORRE. — Scirrhus of the male breast. Lancet. 1861, t. II, p. 110.
- MAUTARD-MARTIN. — Squirrhe du sein droit chez un homme de 72 ans. Pr. Méd., 1876, t. IV, p. 296.
- MULLER. — Ein Fall von carcinom der männlichen Brustdrüse. Deutsche Zeitschrift chir. Leipzig, 1874, t. V, p. 496.

- NÉLATON. — Des tumeurs de la mamelle. Thèse d'agrégation, 1839, p. 115.
- OLLIVE. — Cancer du sein chez l'homme. J. de Méd. de l'Ouest, 1890.
- PELLICELLI (E.). — Résultats éloignés des opérations pour cancer du sein. La Clinique, octobre 1907. (Clinica Chirurgica).
- PELTIER. — Note sur le cancer du sein chez l'homme. Rev. phot. des Hôpitaux, 1871, t. III, p. 130.
- PIGOT. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1898.
- PLUMMER. — The Lancet, 1897, p. 1203.
- POIRIER (P.). — Contribution à l'étude des tumeurs du sein. Thèse de Paris, 1883.
- POISSON. — Du cancer du sein. Thèse de Paris, 1854, p. 17.
- POZZI. — Traitement du cancer du sein par la fulguration. La Clinique, octobre 1907.
- POURTAU (P.). — Du cancer du sein chez l'homme. Thèses de Bordeaux, 1911-1912.
- RICHET. — Arch. Méd. Chir., 4^e éd. p. 330.
- ROBERT. — Arch. de Méd., 1854, p. 607.
- ROSENTHAL. — Wien. Med. Presse. XIV, 1 et 2, 1873.
- ROZIÈS (H.). — La cuprase dans le cancer inopérable. Gaz. des Hôp., 1913, p. 327.
- SÉDILLOT. — Presse Méd., t. I, p. 140.
- SENGENSSE. — Un cas de cancer du sein chez l'homme. Annal. de la polyclin. de Bordeaux, 1895-96, t. IV, p. 278-292.
- TERRIER. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme. J. de Méd. et de Chir. prat., 1873, t. XLIV, p. 489.
- THIROLOIX et LACIEN. — Action du sélénol sur les adénopathies cancéreuses. Société Méd. des Hôp., 16 fév. 1912.

TILHAUX. — *Mouv. Méd.*, juin 1874, p. 270.

VELPEAU. — *Traité des maladies du sein*. 2^e éd., 1858, p. 695.

VERNEUIL. — *Hist. des tumeurs de la peau*. *Arch. gén. de méd.*, mai, 1854, p. 556.

--- *Journal de Méd. et de Chir. prat.*, t. XLIII, p. 152.

VIDAL (De Cassis). — *Path. ex.*, t. III, 3^e éd., p. 811,

VITRAC. — *Cancer du sein chez un homme*. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 mars 1894.

WILLIAMS. — *Cancer of the male breast, based on the records of one hundred cases*. *Lancet*. London, 1899, p. 251-310.

ZIMMERN et COTTENOT. — *Traitement du cancer par les agents physiques*. *Journal Méd. français*, 1911, p. 306-315.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 17 juillet 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
